

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

А.В. Тумаренко, В.В. Скворцов, докт. мед. наук, **Д.А. Меднова**
Волгоградский государственный медицинский университет
E-mail: 1vskvortsov@gmail.com

Представлены диагностика, симптомы, этиология и патогенез, методы исследования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Приведены рекомендации по ее лечению и профилактике.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, клиническая картина, симптомы, этиология, патогенез.



Во всем мире в последние годы отмечаются снижение частоты язвенной болезни и увеличение числа больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Важность проблемы ГЭРБ определяется также внепищеводными проявлениями заболевания и недостаточной эффективностью методов лечения.

ГЭРБ – хроническое заболевание, обусловленное регулярным забросом в пищевод желудочного содержимого, приводящим к поражению нижнего отдела пищевода.

Действие на пищевод кислого желудочного содержимого способствует развитию в нем сначала катаральных, а затем – эрозивно-язвенных воспалительных изменений.

Желудочно-пищеводный рефлюкс является результатом относительной или абсолютной недостаточности запирающего механизма кардии и нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка. Двигательная активность желудка может обусловить значительный рост внутригастрального давления, который не компенсируется кардиальным барьером.

Интенсивные сокращения антрума желудка способны вызвать желудочно-пищеводный рефлюкс даже у людей с нормальной функцией нижнего пищеводного сфинктера. Однако показано, что у здоровых людей длительность рефлюкса – не более 20 с, а возникает он не более 20–30 раз в сутки. Когда число эпизодов рефлюкса за 24 ч превышает 50 и(или) общая продолжительность снижения интрапищеводного pH<4 – более 1 ч в сутки, желудочно-пищеводный рефлюкс называют патологическим.

Тонус нижнего пищеводного сфинктера снижается под влиянием ряда внешних факторов: потребления жиров, шоколада, цитрусовых, томатов, алкоголя, а также курения.

Эпидемиология

Периодически возникающая изжога – главный симптом ГЭРБ – встречается у 20–40% населения, а у женщин в период беременности – в 46% случаев. Что же касается рефлюкс-эзофагита, то он обнаруживается у 3–4% населения и у 6–12% лиц, подвергшихся эзофагогастроскопии. С 18 лет частота ГЭРБ резко увеличивается, а к 75–85 годам снижается (исключение – больные с пептической язвой пищевода).

Клиническая классификация ГЭРБ

Выделяют следующие формы ГЭРБ:

- неэрозивную (около 60% больных):
 - ГЭРБ с катаральным эзофагитом;
 - эндоскопически негативная ГЭРБ (имеет место лишь клиническая симптоматика, а эндоскопические изменения в нижней трети пищевода отсутствуют);
- эрозивно-язвенную (до 40% больных):
 - эрозии, язвы, стриктуры пищевода.

Эндоскопическая классификация ГЭРБ предусматривает степень поражения слизистой оболочки пищевода.

Этиология и патогенез

Запускают патологический процесс нарушения моторики пищевода и желудка, утраты функции антирефлюксного барьера из-за снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера, увеличения числа его спонтанных расслаблений, структурных изменений (например, при грыже пищеводного от-

верстия диафрагмы). Важную роль играет также снижение способности пищевода нейтрализовать и возвращать в желудок попавшее в него кислое желудочное содержимое. Другие патогенетические факторы развития ГЭРБ – агрессивные свойства рефлюктата (соляная кислота, пепсин, желчные кислоты), снижение резистентности слизистой оболочки пищевода, нарушение опорожнения желудка, повышение внутрибрюшного давления.

Определенную провоцирующую роль играют вынужденное наклонное положение тела, ожирение, курение и злоупотребление алкоголем, прием лекарств, снижающих тонус гладких мышц (нитратов, антагонистов кальция, эуфиллина, холинолитиков), некоторые заболевания (например, системная склеродермия) и физиологические состояния (беременность).

В последние годы дискутируется вопрос о возможной роли *Helicobacter pylori* (Hр) в патогенезе ГЭРБ. Согласно некоторым сообщениям, эрадикация Hр у больных язвенной болезнью приводит к существенному возрастанию у них частоты сопутствующей ГЭРБ. Другие авторы, анализируя эти публикации, пришли к выводу, что подобные выводы объясняются недооценкой сопутствующих изменений пищевода, имевшихся к моменту эрадикации. Во всяком случае, в настоящее время нет данных, которые позволяли бы однозначно утверждать, что Hр защищают от ГЭРБ.

Клиническая картина ГЭРБ

В клинической картине 1-е место занимает изжога – своеобразное чувство жжения или тепла разной интенсивности, возникающее за грудиной (в нижней ее трети) и(или) в подложечной области; изжога наблюдается более чем у 80% больных ГЭРБ и возникает вследствие длительного контакта кислого желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода. Изжога усиливается при погрешностях в диете и приеме газированных напитков, физическом напряжении и наклонах туловища, а также в горизонтальном положении.

Второе по частоте проявление заболевания – боль за грудиной. Патогенез загрудинных болей связан с раздражающим воздействием желудочного сока, содержащего HCl и пепсин, на слизистую оболочку пищевода, а также с возникновением спастических сокращений органа в ответ на кислотно-пептическую агрессию.

Боль может иметь разную выраженность – от саднения или ощущения прохождения пищи по пищеводу до сильной, при которой требуется назначение анальгетиков. Чаще всего боль провоцируется приемом пищи, однако может возникать и спонтанно, чаще – в ночное время, что обусловлено гастроэзофагеальным рефлюксом.

Боль иррадирует в межлопаточную область, шею, нижнюю челюсть, левую половину грудной клетки и поэтому может имитировать ангинозную, что требует дифференциальной диагностики.

Другие частые симптомы ГЭРБ – регургитация принятой накануне пищи, слизи, жидкости кислого или горького вкуса. Объем срыгиваемых масс бывает разным – от «комка» в горле до срыгивания полным ртом. При некоторых эпизодах срыгивания, особенно ночных (в положении лежа), возможно попадание пищевого или желудочного содержимого в дыхательные пути и развитие аспирационной пневмонии (синдром Мендельсона).

У 20% больных ГЭРБ отмечается дисфагия – расстройство глотания, нарушение движения пищевого комка по глотке и пищеводу, а также неприятные ощущения, обусловленные задержкой пищи в этих органах. Чаще всего дисфагия носит перемежающийся характер и возникает на ранних стадиях заболевания, как правило, – вследствие гипермоторной дискинезии пищевода. Стойкая дисфагия, сопровождающаяся одновременным ослаблением изжоги, может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода.

К внепищеводным симптомам ГЭРБ относятся боли в грудной клетке, напоминающие иногда приступы стенокардии, упорный кашель, дисфония. Эпизоды гастроэзофагеального рефлюкса способны провоцировать также нарушения сердечного ритма (экстрасистолию, преходящую блокаду ножек пучка Гиса и др.), повторные пневмонии и хронический гастрит, ларингит, фарингит, разрушение зубов.

Диагностика ГЭРБ

Часто проводят следующие исследования:

- **Внутрипищеводную рН-метрию;** о наличии рефлюкса свидетельствует интрапищеводный $pH < 4$; патологическим считается рефлюкс, если его продолжительность превышает 5 мин; определяют и другие показатели суточного мониторинга внутрипищеводного рН: общее число рефлюксов (в норме – не более 50 в течение суток); число рефлюксов продолжительностью > 5 мин; наибольшую продолжительность рефлюкса; общее время снижения рН в пищеводе до уровня < 4 (в норме – не более 1 ч в течение суток); эти исследования позволяют адекватно оценить частоту и продолжительность забросов содержимого желудка в пищевод в течение суток; как выяснилось, выраженность основных клинических симптомов ГЭРБ может не соответствовать степени тяжести эзофагита, по данным эндоскопического исследования, но хорошо коррелирует

с показателями суточного мониторирования рН, которое помогает в дифференциальной диагностике болей в грудной клетке, нарушений сердечного ритма, а также состояний, протекающих с упорным кашлем.

- *Эндоскопическое исследование пищевода*; при отсутствии эзофагита (негативная стадия ГЭРБ) слизистая пищевода – гладкая, блестящая, бледно-розовая, четко определяется желудочно-пищеводное соединение; для рефлюкс-эзофагита I степени характерны: слабо-выраженная гиперемия и рыхлость слизистой на уровне желудочно-пищеводного соединения, легкая сглаженность последнего, исчезновение блеска слизистой дистальных отделов пищевода; при II степени рефлюкс-эзофагита выявляются выраженная гиперемия, отек слизистой пищевода, на верхушках складок выявляются эрозии; о III степени рефлюкс-эзофагита свидетельствуют сливающиеся эрозии, покрытые экссудатом или отторгающимися некротическими массами, которые не распространяются циркулярно; объем поражения слизистой дистального отдела пищевода не превышает 50% 5-сантиметровой зоны выше желудочно-пищеводного соединения. Для рефлюкс-эзофагита IV степени характерны циркулярно расположенные сливающиеся эрозии или экссудативно-некротические повреждения (изъязвления), занимающие всю 5-сантиметровую зону выше желудочно-пищеводного соединения.

При рефлюкс-эзофагите V степени обнаруживаются глубокие изъязвления и эрозии слизистой в дистальном отделе пищевода, стриктуры и фиброз его стенок, «короткий пищевод».

Гистологические признаки эзофагита всегда свидетельствуют о патологии, даже если при эндоскопическом исследовании пищевода отсутствуют макроскопические изменения.

При подозрении на опухолевое поражение может быть проведена также эндоскопическая ультрасонография, позволяющая оценить состояние подслизистого слоя пищевода и регионарных лимфатических узлов, могут выявляться грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

- *Манометрия* позволяет изучить состояние двигательной функции пищевода и его сфинктеров. При ГЭРБ в процессе манометрического исследования отмечается снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера; увеличение числа эпизодов транзиторных

расслаблений нижнего пищеводного сфинктера, снижение амплитуды перистальтических сокращений стенки пищевода.

- *Рентгенологическое исследование* целесообразно выполнять на более поздних стадиях ГЭРБ. Исследование верхних отделов пищеварительного тракта проводится в условиях гипотонии и дает информацию о их состоянии, что важно в частности для определения природы стриктуры пищевода. Введение бускопана больным перед рентгенологическим исследованием в определенной степени облегчает дифференциальную диагностику доброкачественного и злокачественного сужения пищевода: расслабление стенки пищевода в месте сужения с большей вероятностью свидетельствует о доброкачественном характере сужения. Кроме того, рентгенологическое исследование помогает выявить сопутствующие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и наличие гастроэзофагеального рефлюкса.

Для диагностики ГЭРБ могут применяться и такие методы, как билиметрия, способная идентифицировать рефлюкс желчи; сцинтиграфия с введением ⁹⁹Tc в желудок и подсчетом изотопной метки в области пищевода, дающая возможность уточнить нарушения его двигательной функции. В амбулаторных условиях может быть проведен так называемый омепразоловый тест, суть которого заключается в том, что выраженность клинических симптомов ГЭРБ значительно уменьшается в первые 3–5 дней ежедневного приема 40 мг омепразола. Если этого не происходит, имеющиеся у больного симптомы обусловлены, вероятнее всего, другими заболеваниями.

Лечение ГЭРБ

Основные цели лечения – предотвращение рефлюкса, уменьшение повреждающих свойств рефлюктата, улучшение пищеводного клиренса, устранение диффузных и очаговых патологических поражений слизистой оболочки пищевода и повышение ее защитных свойств. Лечение должно включать в себя как прием лекарственных препаратов, так и нормализацию образа жизни. Необходимо исключить курение, алкоголь, физические нагрузки с участием брюшного пресса, работу с длительным наклоном туловища; при наличии избыточной массы тела целесообразно ее снижение.

Рекомендуется сон с подъемом головного конца кровати. Общие рекомендации по питанию: исключаются кислые фруктовые соки, жирные, острые блюда, газированные напитки, продукты, содержащие мяту и ментол; не рекомендуется очень холодная или горячая пища. Пищу следует

принимать небольшими порциями, переизбыток исключается. Важно, чтобы последний прием пищи был не менее чем за 3 ч до сна.

При опросе нужно выяснить, какие лекарства принимает пациент, и по возможности исключить препараты, провоцирующие рефлюкс (метилксантины, β -адреноблокаторы, нитраты, холинолитики).

Во время обострения ГЭРБ назначают «щадящий стол» №1 и 1а по Певзнеру, при наличии хронического холецистита или панкреатита – стол №5. Исключают блюда и напитки, снижающие тонус нижнего пищеводного сфинктера: кофе, животные жиры, шоколад, цитрусовые, томаты, алкоголь. Растительные жиры, принятые за 1–2 ч до еды, уменьшают желудочную секрецию, поэтому не противопоказаны больным ГЭРБ.

В медикаментозной терапии ГЭРБ используют 3 основные группы препаратов: антисекреторные (кислотосупрессивные) средства и прокинетики. В последние годы среди них на 1-е место, безусловно, вышли ингибиторы протонной помпы, позволяющие поддерживать оптимальный pH желудка, а значит, и пищевода в течение суток.

Антацидные препараты уменьшают агрессивность желудочного содержимого, способствуя нейтрализации избытка соляной кислоты и связыванию других агрессивных факторов в полости желудка и пищевода. Наиболее эффективны так называемые невсасывающиеся антациды, которые представлены как монокомпонентными препаратами (алюминия фосфат – фосфалюгель), так и комбинированными (алюминиево-магниево-антациды – маалокс, алюминиево-магниево-с добавлением симетикона и порошка корня солодки голой – релцер).

Предпочтительны жидкие формы антацидов в виде суспензии, которые в отличие от таблеток обеспечивают более тесный контакт со слизистой оболочкой желудка и пищевода, равномерно распределяются по ее поверхности и связывают соляную кислоту на большей площади пораженного органа.

Преимуществом невсасывающихся антацидов является отсутствие системных эффектов при применении терапевтических доз. Не вызывают они и феномена кислотного рикошета, что типично для всасывающихся антацидов.

Существенное достоинство антацидов – быстрота их действия, поэтому эти препараты следует рассматривать как средство неотложной помощи. Недостаток антацидов – кратковременность действия (1,5–2,5 ч) и сложность применения (4–5 раз в день через 30 мин после еды или за 30 мин до еды). Использование только антацидных препа-

ратов дает лишь кратковременный субъективный эффект.

Основной курс лечения обострений ГЭРБ (особенно эрозивно-язвенных форм) длится не менее 2–3 мес, причем прекращение приема лекарств после достижения ремиссии ведет у ряда больных к рецидиву заболевания.

Поэтому больным ГЭРБ (исключая легкую форму) показан поддерживающий прием ингибиторов протонной помпы (цисагаст) или прокинетиков (в половинных суточных дозах) в течение, как минимум, 1 года после обострения, что позволяет сохранить ремиссию.

Хирургическое лечение должно проводиться при осложненном течении заболевания (повторные кровотечения, пептические стриктуры пищевода, развитие синдрома Барретта с дисплазией эпителия), а также при неэффективности медикаментозной терапии.

Хирургическое лечение неосложненной ГЭРБ предпринимается редко. Такое решение принимает лечащий врач совместно с опытным хирургом, если длительное консервативное лечение ГЭРБ оказалось безуспешным, выполнены все мероприятия по нормализации образа жизни и доказано (с помощью pH-метрии) наличие выраженного желудочно-пищеводного рефлюкса.

Рекомендуемая литература

Васильев Ю.В. Терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *Consillium Medicum*. – 2002; 4 (1): 33–42.

Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения. – М., 2006.

Гастроэнтерология. Под ред. И.Н. Денисова. – М.: Эксмо, 2010. – 560 с.

Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение. Под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. Руководство для врачей. – М.: МИКЛОШ, 2007.

Гастроэнтерология. Руководство для врачей. Под ред. Е.И. Ткаченко. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 646 с.

Заин У.А., Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Значение суточного мониторирования внутрипищеводного pH в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и оценке эффективности лекарственных препаратов // *Клиническая медицина*. – 1999; 7: 39–42.

Клинические рекомендации. Гастроэнтерология. Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 208 с.

Клинические лекции по гастроэнтерологии и гепатологии. Под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. В 3 томах. Т. 1. Общие проблемы гастроэнтерологии. Болезни пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. – М.: ГИУВ МО РФ. – 348 с.

Комаров Ф.И. Руководство по гастроэнтерологии в 3 томах. Т. 1. – М.: Медицина, 1995.

Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Лабораторная диагностика внутренних болезней. – М.: Бино, 1999.

Стерн С., Сайфу А., Олторн Д. От симптома к диагнозу. Руководство для врачей. Пер. с англ. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008.

Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Руководство для практикующих врачей. – М.: Литтерра, 2004.

Скворцов В.В., Тумаренко А.В. Современные аспекты фармакотерапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Поликлиника. – 2012; 2.

Справочник Харрисона по внутренним болезням. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. – С. 380–385.

Стандарты медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Ч. 1. – М.: Ньюдиамед, 2004. – С. 139–141.

Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып. VIII. – М., 2007.

Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Consillium Medicum. – 2000; 2 (7): 26–32.

Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Под общ. ред. В.Т. Ивашкина. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Литтерра, 2011. – 878 с.

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

A.V. Tumarenko; V.V. Skvortsov, MD; D.A. Mednova
Volgograd State Medical University

The paper gives the diagnosis, symptoms, etiology, and pathogenesis of gastroesophageal reflux disease and its studies. It proposes recommendations for its treatment and prevention.

Key words: gastroesophageal reflux disease, clinical picture, symptoms, etiology, pathogenesis.